Aus der K. med. Poliklinik

Gastrische Krisen und Habitus asthenicus.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

S. Golostschokow

ACAD. MED. BAT. BIBL.

■ ■ ■

München 1913
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. May.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548308_0146

Zu den Kardinalsymptomen der metasyphilitischen Erkrankung „der Tabes dorsalis“ treten öfters Nebenerscheinungen verschiedener Art hinzu. Zu diesen gehören in erster Linie die gastrischen Krisen. Sie bestehen darin, daß anfallsweise unter krampfartig heftigen Schmerzen unstillbares Erbrechen auftritt. Das Erbrochene besteht zunächst aus Speiseresten, später aus Schleim und Galle. Die Anfälle erscheinen ganz plötzlich, meist ohne nachweisbare Ursache, ohne Vorboten und verschwinden ebenso plötzlich. Zuweilen geschieht es, daß die Schmerzen und das Erbrechen drei, fünf, acht Tage, selbst zwei Wochen lang bei kurzen Pausen Tag und Nacht ununterbrochen anhalten. Der leiseste Versuch irgend welche feste oder flüssige Nahrung einzuführen, steigert sofort die Schmerzen und das Erbrechen, und plötzlich verschwinden alle Beschwerden, ohne daß man es erwartet hätte. Zwischen dem entsetzlichen Leiden und völligem Wohlbefinden fehlt jeder Uebergang. Und so kann der Betreffende, der noch soeben weder Nahrung, noch Arzneimittel zu sich nehmen konnte, unmittelbar nach dem Aufhören des Anfalls, ein heftiges Nahrungsbedürfnis empfinden und auch dem selben überreichlich fröhnen; ohne daß sich der Magen auflehnen würde. Der Puls ist im Anfall meist unregelmäßig, oft verlangsamt, die Harnausscheidung gering, die Patienten machen einen kraftlosen und verfallenen Eindruck. Bemerkenswert ist weiterhin die Tatsache, daß es niemals mit einer gastrischen Krise sein Bewenden hat. Das erste Erscheinen einer derartigen Krise läßt mit Bestimmtheit das Auftreten weiterer Anfälle dieser Art voraussehen. Die zwischen den einzelnen Anfällen liegende Intervalle sind von verschiedener Dauer, zeigen jedoch sehr oft eine gewisse Regelmäßigkeit für den einzelnen Fall. Bei einzelnen Tabikern behalten die gastrischen Krisen ihren periodischen Charakter bei, aber äußern sich bloß in Form eines Schmerzanfalles, oder es fehlt dabei wenigstens das Erbrechen. Fournier, welcher derartige Fälle beschrieben hat, hebt hervor, daß eine solche Krise aus einer aufeinanderfolgenden Reihe von krampfartigen Schmerzanfällen besteht, d. h. die schmerzhaften Empfindungen entsprechen dem Zustande, der gewöhnlich als Magenkrampf bezeichnet wird. Die Schmerzen gehören zu den denkbar peinigenden, sie sind manchmal geradezu entsetzlich. Es sind aber trockene Schmerzen (Charcot), da in die-

sen Fällen weder die Speisen, noch auch schleimige Massen erbrochen werden. Es gibt auch Fälle, wo das Erbrechen, sowie die anderweitigen Symptome der gastrischen Krisen vorhanden sind, während die Schmerzen fehlen. Manchmal häufen sich die Krisen derartig, daß sie täglich auftreten, wobei sie zu gleicher Zeit an Dauer entsprechend abnehmen. Derartige Fälle sind aber selten.

In dieses Gebiet der „gastrischen Krisen" gehört sicher auch das v. Leyden als Krankheit sui generis bezeichnete „Periodisches Erbrechen"; es handelt sich wohl in diesen Fällen um Krisen bei Patienten, die sich erst im Vorstadium einer manifesten Tabes befanden.

Der erste, der über Magenstörungen bei Tabes berichtete, war Topinard. Das Verdienst auf die innige Verbindung zwischen diesen Eingeweidestörungen und der Rückenmarkserkrankung hingewiesen zu haben, gehört Delamarre (des troubles gastriques dans l'Ataxie locomotrice). Die richtige Deutung der Krisen als Symptom der Tabes ist aber eine Errungenschaft der neueren Zeit. Und das Hauptverdienst daran wird unstreitbar Charcot zuerkannt.

Die Anfälle treten, was für das Wesen und die Differentialdiagnose besonders wichtig ist, unabhängig von der Nahrungsaufnahme auf. Unmittelbar nach Beendung der Krise stellt sich Appetit und Hungergefühl ein, die im Anfall stark darniederliegenden Kräfte kehren zurück. „La crise est finie, tout est fini", sagt Fournier. Bei den gastrischen Krisen der Tabiker sind drei Formen zu unterscheiden. Die neuralgische Form, deren Hauptsymptom der heftig auf- und abschwellende Schmerz ist, etwa nach Art einer Neuralgie im Bereiche der Intercostalnerven. Bei leichtem Druck steigert sich oft der Schmerz, während er bei starkem Druck eher geringer wird; 2. die hypermotorische Form, d. h. Erbrechen vom Mageninhalt, ohne daß Uebelkeit oder Schmerzen vorhanden wären. Wird hier die Muskulatur des Magens bis aufs äußerste gespannt, so können auch hier Schmerzen auftreten (s. g. tetanische Krise von Eichhorst), 3. die secretorische Form, deren hervorstehendes Symptom Erbrechen dünner, wäßriger, sauer reagierender Massen ist. Meist gehen alle diese Formen, die isoliert vorkommen können, ineinander über: d. h. ihre Symptome vereinigen sich bei den typischen Krisen zu einem gemeinschaftlichen Bilde. Beim Ablauf der gastrischen Krisen ist mehrfach Bluterbrechen als besondere Komplication beschrieben worden. Das Erbrochene sieht rot, dunkelschwarz schmutzig aus und kann ganz den Eindruck machen, als habe man es mit einem Ileus oder Ca Ventriculi zu tun, zumal meist auch im Stuhl Blut auftritt, (Wulpian, Charcot, Ewald, Collaritis). Mehrfach wurde über gastrische Krisen berichtet, die mit Temperatursteigerungen

einhergehen, ohne daß eine nachweisbare Komplication vorgelegen hätte. Eine ganz seltene, überhaupt nur einigemale beobachtete Erscheinung ist das Erbrechen von Kot bei einer Krise, das von Kausch in der Arbeit „Hysterie in der Chirurgie" beschrieben ist. Der Pat. Brauers (Med. Klinik Marburg) litt seit langem an gastrischen Krisen und war dadurch sehr abgemagert. Im Anschluß an ein sehr starkes Erbrechen kann es zum Vorwürgen einer zylindrischen Masse, die nach dem makroskopischen und mikroskopischen Aussehen, sowie nach dem Geruch nichts anderes als Kot sein konnte, der durch Antiperistaltik entleert wurde. Der Pat. bot keinerlei Ileussymptome: Der Leib war flach und eingesunken. Was die Ursache der Magenstörungen anbelangt, so ist man sich darüber noch nicht einig und alle bisher aufgestellten Erklärungsversuche (toxische Entstehung, Entstehung durch erhöhte Acidität, Vagus neuritis) sind mehr oder weniger unbewiesene Hypothesen geblieben. Charcot hat das Erbrochene der Tabiker untersucht und es häufig hyperacid gefunden. Damit stimmen die Resultate, welche v. Noorden und Ewald bei den Untersuchungen des Magensaftes solcher Kranken erhalten haben, nicht überein. Der erstgenannte der beiden Forscher fand die Secretion des Magensaftes durch die Krisen nur wenig oder gar nicht beeinflußt, während Ewald in 19 von 37 Fällen Hyperacidität des Magensaftes konstatierte. Die anatomische Untersuchung des Magens der Tabiker hat fast stets, makroskopisch wie mikroskopisch normalen Befund der Schleimhaut und der Muskulatur erwiesen, trotz jahrelang anhaltender Krisen. In der neueren Zeit sind zwar vereinzelt die Magenwand auf 1,2—1,5 mm verdünnt und mikroskopisch Atrophie der Magendrüsen, sowie fleckweise interstitielle Rundzellenanhäufungen gefunden worden. Es wird Sache weiterer Forschungen sein, durch regelmäßige Untersuchungen festzustellen, ob es sich hier um ein zufälliges anatomisches Substrat handelt, wie es auch bei Ca und perniciöser Anämie vorkommt, oder ob hier ein für die gastrischen Krisen typischer pathologisch-anatomischer Befund vorliegt. Die jüngsten Untersuchungen von Oppenheim und Exner haben gezeigt, daß bei den gastrischen Krisen histologische Veränderungen im hinteren Vaguskern, peripheren Wagus und Laryngens superior nachzuweisen sind. Auch Eppinger und Heß schließen sich der Ansicht an und deuten die gastrischen Krisen ausschließlich als Reizerscheinungen im autonomen Nervensystem; während die weiteren Ausfallserscheinungen im Verlaufe der Tabes als Lähmung der früher gereizten Nervensystems gedeutet werden. Zweig endlich hat darauf hingewiesen, daß die gastrischen Krisen bei denjenigen Tabikern vorkommen sollen, bei denen ein asthenischer Habitus mit seinem minderwertigen Nervensystem vorliege.

Wie wichtig die Kenntnis von der Art und dem Verlauf der gastrischen Krisen ist, wie bedeutungsvoll es werden kann, wenn der Arzt diese schon in ganz frühen Stadien der Tabes auftretenden Magenstörungen verkennt, das geht aus einigen in den letzten Jahren publizierten Krankheitsgeschichten zur Evidenz hervor. Aus der Medizinischen Klinik zu Bonn wird von einem Fall berichtet, bei dem viermal eine Magenoperation vorgenommen worden war. Der Fall ist von allgemeinem Interesse, weil infolge Verwechselung von gastrischen Krisen bei Tabes mit anderen Magenaffektionen (acute und chronische Gastritis, Ulcus, Ca und Dilatatio Ventriculi) viermal schwere eingreifende Operationen, von vier verschiedenen Operateuren vorgenommen wurden. Im Fall Lomnitz hatte die falsche Diagnose zu eingreifenden Maßnahmen geführt. Der Patient litt an immer wiederkehrenden Leibschmerzen mit Erbrechen. Diagnostiziert wurde zunächst „Gastritis acuta". Da die Anfälle trotz der Behandlung nicht standen, wurde die „Gastroenterostomie" ausgeführt. Nach einem Jahre traten die Anfälle wieder ein. Es wurde „Achylia gastrica" festgestellt; die Therapie brachte keine Besserung. Bei einer neuen Untersuchung zeigte sich, daß die Patellarreflexe fehlen und die Pupillen lichtstarr waren.

Lomnitz berichtet noch außerdem von vier anderen Fällen, wo bei der Geringfügigkeit echt tabischer Symptome Fehldiagnosen bei Auftreten periodischer Brechanfälle gestellt und dreimal die Gastroenterostomie vorgenommen wurde. Auch eine meiner Kranken erklärte, sie sei zwei Jahre wegen Cholelithiasis behandelt worden und es sei ihr, da die Anfälle nicht aufhörten, die Cholecystektomie empfohlen worden; glücklicherweise verweigerte die Pat. die Operation.

Diese Beispiele sind Mahnung genug, um bei periodisch auftretenden Leibschmerzen mit Erbrechen die subtilsten neurologischen Untersuchungen anzuwenden, um event. in frühesten Stadien der Krankheit die praktisch so wichtige Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tabes, bzw. tabische Krisen zu stellen. Eine ausführliche und gründliche Kenntnis, der bei Tabikern auftretenden „gastrischen Krisen" ist nicht nur aus theoretischen Gründen so wichtig, vielmehr ist das Interesse daran in den letzten Jahren ein für die Therapie bedeutungsvolles, praktisches geworden. Förster in Breslau hat vor langen Jahren energisch die These vertreten, daß die Krisen ihren Ausgangspunkt in sensiblen Reizerscheinungen des Magens haben, und daß man nur den sensiblen Leitungsbogen zu unterbrechen habe, um die Krisen zu beseitigen. Bei den gastrischen Krisen werden die 7., 9. hintere Dorsalwurzel reseciert, bei Darmkrisen auch die 10., welche insgesamt die sympathischen Fasern für den Magen führen. Durch diese eingreifende Operation sind schon mehrmals die unerträglichen Schmerzen der Tabiker ge-

lindert worden. Die interne Therapie (Morphium, pyramidon, Salicyl, aspirin, cerium oxalcium, orexinum tannicum) sowie die anderen therapeutischen Maßnahmen sind dieser eingreifenden Operation gegenüber zwar gewiß nicht in den Hintergrund zu stellen, leisten aber in verzweifelten Fällen keine Dienste mehr. Das Operationsverfahren ist indes noch zu neu, es ist auch nicht ganz ungefährlich, um ein endgültiges Urteil über Indicationsstellung, Erfolg, Gefahren usw. abgeben zu können. Es bedeutet aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre schon jetzt eine Bereicherung unserer Heilmethoden gegenüber diesen qualvollen Anfällen.

* * *

Ich habe nun versucht, die von Zweig gemachte Angabe betreffend den Zusammenhang zwischen gastrischen Krisen und Habitus asthenicus einer Nachprüfung zu unterziehen.

Das derselben zu Grunde liegende Material betrifft 26 Tabesfälle der med. Poliklinik, von denen 10 an gastrischen Krisen litten, während die übrigen 16 keine solchen hatten.

Bevor aber auf den Zusammenhang der Tabes und Habitus asthenicus näher eingegangen wird, soll das Wesen des Habitus asthenicus besprochen werden. Der Habitus asthenicus ist durch eine Reihe von Zeichen charakterisiert, von welchen bei ein und demselben Individuum nur ein Teil vorhanden zu sein braucht. Man unterscheidet nach Stiller den Normaltypus vom s. g. Habitus enteroptoticus, welcher im großen und ganzen mit dem Habitus phthisicus identisch ist und auch als Habitus asthenicus bezeichnet wird. Die Hauptmerkmale des Habitus asthenicus sind: der Körperbau zeigt ein graciles Skelett, einen langen, schmalen Brustkorb, steil abfallende Rippen, breite Intercostalräume, einen spitzen, epigastrischen Winkel, eine dünne, schlaffe Muskulatur, dürftigen Panniculus und eine blasse Hautfarbe. Diese Skelettveränderungen haben im Gefolge eine Lockerung des Rippengürtels, insbesondere des Rippenknorpels, sodaß die Knorpel der 10. rechten und linken Rippe gewöhnlich fluktuieren. Bei höheren Graden findet man auch die 9. rechte und linke Rippe gelockert. Diese Anomalie steht in Beziehung zur Enteroptose, da sie bei der Enteroptose häufig zu treffen ist, und auf Grund zahlreicher Untersuchungen stellt Stiller den Satz auf: daß die freie oder bewegliche 10. Rippe, die s. g. costa decima fluktuans ein Stigma der Asthenie und somit auch der Enteroptose ist. Dieses Stigma bürgt meist nach Stiller für das Vorhandensein von Ptose, Plätschern und Secretionsstörungen des Magens, für Atonie des Darmes und von Ptose der Bauchorgane, besonders der Nieren. Es beweist den Zu-

sammenhang der Dyspepsie mit einer konstitutionellen Schwäche des Gesamtorganismus. Die Bedeutung des Habitus enteroptoticus für die Krankheiten der Abdominalorgane, insbesondere des Magens ist folgende: Personen mit Habitus enteroptoticus sind zu funktionellen Magen- und Darmerkrankungen disponiert, d. h. ein und dieselben Reize bewirken bei einem Enteroptotiker Schädigungen, welche bei einem Nichtenteroptotiker ausgeblieben wären. Diese Schädigungen führen zur Unterernährung, zum Schwinden des Fettes aus den Bauchdecken; die Widerstandskraft wird herabgesetzt, die Patienten magern ab und es stellen sich Erkrankungen ein. Die Eigentümlichkeit des Habitus asthenicus, namentlich des Skelettes, sind nach Stiller als angeboren zu betrachten. Und da der Habitus und das Stigma (costa X fluktuans) bei der Enteroptose zu treffen sind, so ist das Gesamtbild als Index einer inferioren Organisation anzuerkennen. Mit Rücksicht darauf hat Stiller das resultierende Krankheitsbild als „Asthenia universalis congenita" oder „Morbus asthenicus" bezeichnet. Stiller und auch Strauß äußern sich dahin, daß bei den Trägern des Habitus asthenicus so häufige Adynamie, Neurasthenie und Anämie, bzw. Chlorose als Folgen einer constitutionellen Minderwertigkeit aufzufassen sind. Auch der Habitus phthisicus bedeutet keineswegs daß sein Träger tuberculös inficiert ist, oder in früherer oder späterer Zeit von Tuberculose befallen werden muß; seine wahre Bedeutung ist vielmehr die, daß Individuen mit asthenischer Konstitution durch ihre Asthenie weniger widerstandsfähig sind und dadurch leichter, als Individuen mit gesunder Konstitution, Gefahr laufen, sich eine Tuberculose, die verbreitetste Affection zuzuziehen. Es ist auch erklärlich, daß die Nachkommen nicht phthisischer, aber asthenischer Eltern diesen Habitus ererben und auf Grund desselben zur Phthise veranlagt werden. (Strauß, Stiller.)

Einige Autoren haben für den H. a. besondere Maße angegeben: So hat Connheim festgestellt, daß die Distanz zwischen Pr. Xiphoideus und Nabel beim Habitus asthenicus viel größer ist, als die senkrechte, welche man auf ihr errichtet und bis zur vorderen Axillarlinie verlängert. Beim normalen Typus ist diese Distanz stets kürzer als die zugehörige Senkrechte, oder höchstens ebenso lang. Lenhoff hat zur zahlenmäßigen Feststellung des Hab. asth. gleichzeitig enteroptoticus einen brauchbaren Index aufgestellt, bestehend in dem Verhältnis zwischen Rumpflänge, gemessen vom Jugulum bis zur Symphyse und Circumferentia abdominalis an der schmalsten Stelle (Taille). Wir dividieren die erste Entfernung durch die zweite und multiplizieren nach Lenhoff, um den Bruch auszuschalten, das Resultat mit 100. Die so gewonnene zweistellige Zahl gibt einen absolut zutreffenden Index (Boas, Lenhoff). Die visceralptose kommt vorwiegend bei Personen mit einer bestimm-

ten Körperform vor und zwar solcher mit hohem Index. Ist die $\frac{\text{Distantia jugulo-pubica}}{\text{circumferentia abdominalis}} \times 100$ klein, so ist die Rumpfform gedrungen, ist der Index groß, so ist sie schlank Je kleiner die Zahl, umso schwerer, je größer, umso leichter sind die Nieren zu palpieren. Die Zahlen schwanken zwischen 60—120. Die Uebergangsform zwischen niedrigen und hohem Index ist nach Lenhoff fast immer bei 75. Ein hoher Index soll für Asthenie charakteristisch sein.

Wir wollen nun sehen, wie sich die Tabiker mit, resp. öhne Krisen zum H. a. verhalten. Dabei sollen die klinisch besonders wichtigen Merkmale der Asthenie berücksichtigt werden, nämlich: 1. die Costa fluktuans, 2. die Enteroptose, 3. der Connheimsche Index und 4. der Lenhoff'sche Index.

General-Tabelle.

№	Alter	Geschlecht	Ernährungszustand	Habitus asthenicus	Gastrische Krisen	Costa fluktuans	Gastroptose	Index	
								Connheim	Lenhoff
1	42	M	leidlich	—	+	+	—	20/15	82
2	45	F	schlecht	+	+	?	+	17/18	81
3	43	M	befriedg.	—	+	+	+	18/16	76
4	33	F	schlecht	+	+	+	+	24/16	97
5	53	F	stark reduciert	+	+	+	+	16,5/13	90
6	45	F	schlecht	+	+	+	+	21 : 13,5	88
7	39	M	reduciert	+	+	+	+	17,5 : 13	93
8	39	F	schlecht	+	+	+	+	21,0 : 13,5	89
9	43	M	leidlich	+	+	+	+	17 : 16,5	77
10	43	M	sehr reduciert	+	+	+	+	18 : 15	94
11	44	M	gut	—	—	—	—	18 : 16	86
12	56	M	kräftig	—	—	—	—	17 : 17	66
13	43	F	schlecht	+	—	+	+	23 : 13	105
14	51	M	mittel	—	—	+	—	20 : 16	128
15	62	M	mittel	—	—	—	—	16 : 12,5	83
16	40	F	mittel	—	—	+	+	19 : 16	92
17	45	M	mäßig	—	—	?	+	21,5 : 17,5	82
18	43	M	mäßig	—	—	+	+	18 : 15	50
19	54	M	gut	—	—	—	—	21 : 21	70
20	41	M	robust	—	—	—	—	20 : 20	72
21	31	F	schlecht	+	—	+	+	20 : 15	100
22	45	M	gut	—	—	—	—	19 : 19	70
23	47	M	gut	—	—	—	—	16 : 16	76
24	43	M	gut	—	—	—	—	19 : 18	91
25	49	M	kräftig	—	—	—	—	18 : 19	67
26	44	M	gut	+	—	?	—	22 : 14	96

Costa decima fluktuans.

Von den 10 untersuchten Kranken mit gastrischen Krisen zeigen neun eine sichere Costa fluktuans und einer eine fragliche. Stiller betont selbst, daß es zahlreiche Enteroptotiker gibt, bei denen das Symptom der Costa fluctuans entweder vollständig fehlt, oder so undeutlich ist, daß man bei der Palpation nicht sicher sagen kann, ob die Rippe knorpelig, oder bloß ligamentös verbunden ist. Nebenbei sei bemerkt, daß der mit fraglicher Costa eine ausgesprochene Gastroptose (große Curwatur etwa 4—5 Querfinger unterhalb der Nabelmarke) besitzt. Von den 16 Tabikern ohne Krisen haben eine sichere bloß 31,25 % (von 16—5) und zwei eine fragliche Costa.

Enteroptose.

Die zur Verfügung stehenden Patienten wurden entweder ganz nüchtern, oder 3—4 Stunden nach dem Frühkaffee radioskopiert. Die Radioskopie ergab: von den 10 Pat. mit Krisen sind 9 mit ausgesprochener Gastroptose (gr. Curvatur etwa 3 bis 4—5 Querfinger unterhalb der Nabelmarke), also 90 %; von den Kontrollfällen wiesen bloß 5 eine Gastroptose auf, also 31,25 %. Die übrigen elf Kontrollfälle zeigen absolut keine Ptose (gr. Curwatur 2, 3, 4, 5 Querfinger oberhalb des Nabels). Bei den meisten mit Gastroptose war eine starke Verschieblichkeit des Magens nach allen Seiten nachweisbar.

Von den 5 Kontrollfällen mit Gastroptose haben 4 eine Costa decima fluktuans. Was Renoptose anbelangt, so war diese bei keinen unserer Pat., sowohl mit, wie auch ohne Krisen nachweisbar.

Index Connheim's.

$\frac{\text{Distantia Xiphoideus-Nabel}}{\text{Distantia Nabel-Axilla}}$ in cm bei Tabikern mit gastrischen Krisen:

20/15, 17/18, 18/16, 24/16, 16,5/13, 21/13,5
17,5/13, 21/13,5, 17/16,5 und 18/15.

Kontrollfälle: 18/16, 17/17, 23/13, 20/16, 16/12,5, 19/16, 21,5/17,5, 18/15, 21/21, 20/20, 20/15, 19/19, 16/16, 19/18, 18/19, 22/14.

Die Pat. mit gastrischen Krisen zeigen also eine größere Xiphoideus Nabel-Distanz, als Axilla-Nabel-Distanz in 90 % (von 10—9) Kontrollfälle 62,5 % (von 16—10).

Lenhoff'scher Index.

$\frac{\text{Distantia jugulo-pubica}}{\text{Circumferentia abdominalis}} \times 100$ bei den Tabikern mit Krisen: Indices sunt: 82, 81, 76, 97, 90, 88, 93, 89, 77 und 94. Im Durchschnitt also: 86,7.

Kontrollfälle: 66, 83, 70, 72, 70, 76, 91, 67, 86, 105, 128, 92, 82, 50, 100, 96.

Im Durchschnitt also fast: 83,4.

Wie ersichtlich, läßt sich aus den gewonnenen Zahlen kein Schluß ziehen.

Habitus.

Von den 10 mit Krisen zeigen 8 einen langen, schmalen Thorax; sechs Pat. haben noch außerdem weite I. K. Räume (über 3 cc). Der Thoraxumfang über die Mamillen beträgt im Durchschnitt 81 cm (in flacher Rückenlage gemessen), und die Thoraccallinie (gemessen vom jugulum bis zum Pr. Xiphoideus), bei denen mit Krisen im Durchschnitt 17 cc, epigastrische Winkel von 10—4 spitz.

Bei den Kontrollfällen: von 16 waren bloß 3 mit einem asthenischen Habitus; Brustumfang im Durchschnitt 87 cc und die Thoracallinie 19 cm. I. K. Räume von 16—3 weit, der epigastrische Winkel von 16—4 spitz.

Zusammenfassung.

Leider ist das Material nicht genügend groß, um ein abschließendes Urteil über die Beziehung von Tabes mit, resp. ohne Krisen zum Habitus asthenicus geben zu können. Wenn ich aber das Ergebnis meiner Untersuchungen kurz zusammenfasse, so läßt sich folgendes sagen: es scheint eine Beziehung zwischen gastrischen Krisen und Habitus asthenicus zu bestehen:

1. Die von Krisen belasteten Personen besitzen die Costa fluktuans von 10—9, also 90 %; bei den Kontrollfällen bloß 31,25 % (von 16—5).

2. Diejenigen mit Krisen ergaben in 90 % ausgesprochene Gastroptose, die Kontrollfälle 31,25 % Castroptose.

3. Die Xiphoideus-Nabeldistanz ist größer als Axilla-Nabeldistanz, bei denen mit Krisen in 90 %. (Von 10—9), bei den Kontrollfällen 62,5 % (von 16—10).

4. Ueber den Lenhoff'schen Index läßt sich nichts bestimmtes sagen.

5. Einen ausgesprochenen asthenischen Habitus zeigen von denen mit Krisen 80 % (von 10—8), von den Kontrollfällen fast 19 % (von 16—3).

Zum Schlusse muß ich mich dem Wunsche Zweigs anschließen und mit ihm sagen: es wäre interessant, an einer größeren Reihe von Fällen auf die Beziehung von gastrischen Krisen und Habitus asthenicus zu achten.

Auszug aus den Krankengeschichten.

Fall 1. Joseph P., 42 J., Ernährungszustand leidlich, ausgesprochene Tabes mit Romberg, starre Pupillen, Fehlen der Patellarreflexe und Inkontinenz. Gastrische Krisen, Magentiefstand, gr. Curwatur in der Nabelhöhe, Costa fluktuans beiderseits, Thoraxumfang 87, Thoracallinie 17 cc, Lenhoff 82, Connheim 20:15.

Fall 2. Käthi K., Tgl., 45 J. Asthenisch, Tabes, Gastrische Krisen, Costa fluktuans fraglich, Magentiefstand über Handbreit unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 81 cc, Thoracallinie 17 cc, Lenhoff 81 cc, Connheim 17:18, Partus 2, Thorax lang und schmal. Epigastrischer Winkel spitz, Aortenpulsation.

3. Johann H., 43 J., Schreiner, Ernährungszustand befriedigend, Tabes, Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand 3—4 Querfinger unterhalb der Nabelmarke, Thoraxumfang 86 cc, Thoracallinie 18,5, Lenhoff 76, Connheim 18/16, Aneurisma links rentgenologisch.

4. Marie M., Kellnerin, 33 J., Ernährungszustand schlecht, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand 2 Querfinger unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 82 cc, Thoracallinie 16, Lenhoff 97, Connheim 24/16, Abortus viermal, Plätschergeräusche im nüchternen Magen.

5. Regina W., 53 J., Tagl., anämisch, Ernährungszustand stark reduciert, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand über Handbreit unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 73 cc, Thoracallinie 17 cm, Lenhoff 90, Connheim 16,5 : 13, Partus 1, Vegen Cholelithiasis curiert und Cholecystektomie empfohlen worden; Thorax flach und schmal, I. K. Räume sehr weit, Plätschergeräusche.

6. Hedy R., 45 J., asthenisch, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand 3—4 Querfinger unterhalb der Nabelmarke, stark verschieblich, Thoraxumfang 70 cc, Thoracallinie 17,5, Lenhoff 88, Connheim 21/13,5, Thorax lang, schmal und flach, I. K. Räume breit, Partus 2, Abortus 1, aortenpulsation, Plätschern.

7. Vitus P., 39 J., Schaffner, abgemagert, ziemlich blaß, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans beiderseits, Magentiefstand 4 bis 5 Querfinger unterhalb des Nabels, Thoraxumfang $81^1/_2$ cc, Thoracallinie 18 cc, Lenhoff 93, Connheim 17,5:13, Thorax flach, I. K. Räume weit, epigastrischer Winkel spitz.

8. Marie S., 39 J., asthenisch, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, beiderseits, Magentiefstand über Handbreit unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 70, Thoracallinie 16,5, Lenhoff 89, Connheim 21/13,5, Thorax sehr flach, I. K. Räume sehr weit, epigastrischer Winkel sehr spitz, Partus 5, radioskopisch sehr kleines Herz, aortenpulsation, Plätschergeräusche.

9. Ludwig U., 43 J., Schlosser, leidlich genährt, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand 2 Querfinger unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 80 cc, Thoracallinie 18, Lenhoff 77, Connheim 17/16,5.

10. Hans T., 43 J., schwächlich gebaut, Tabes mit Krisen, Costa fluktuans, Magentiefstand 3 Querfinger unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 88, Thoracallinie 18 cc, Lenhoff 94 cc, Connheim 18:15.

11. Joseph B., 44 J., Mechaniker, ziemlich guter Ernährungszustand, Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans nicht vorhanden, Magentiefstand — gr. Curwatur 1 Querfinger oberhalb des Natbels, Thoraxumfang 85, Thoracallinie 18, Lenhoff 86, Connheim 18/16.

12. Matthias W., 56 J., Maurer, kräftig gebauter Pat., Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans nicht vorhanden, gr. Curwatur in der Nabelhöhe, Thoraxumfang 82, Thoracallinie 22, Lenhoff 66, Connheim 17:17.

13. Erna W., 43 J., Zugeherin, schwächlich, asthenisch, Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans, gr. Curwatur fast an der Symphyse, Thoraxumfang 75, Thoracallinie 17, Lenhoff 105, Connheim 23/13, Thorax lang und schmal, I. K. Räume breit. epigastrischer Winkel spitz, Partus 1, Abortus 1.

14. Franz Sch., 51 J., Taglöhner, schlank, mittelkräftig, Tabes ohne Krisen, keine Ptose, Costa fluktuans, Thoraxumfang 85, Thoracallinie 19, Lenhoff 128, Connheim 20/16.

15. Bernhard H., 62 J., Kaufmann, mittelkräftig, Tabes ohne Krisen, keine Costa fluktuans, keine Gastroptose (in der Nabelhöhe die gr. Curwatur), Thoraxumfang 76, Thoracallinie 17, Lenhoff 83, Connheim 16/12,5.

16. Marie M., 40 J., mittelgenährte Pat., Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans, gr. Curwatur 4—5 Querfinger unterhalb der Nabelmarke, Thoraxumfang 80, Thoracallinie 18, Lenhoff 92, Connheim 19/16, Partus 2, abortus 2, starke l. Struma und Pytiriasis Tabescentium.

17. Georg G., Schmiedemeister, 45 J., mäßig genährter Pat., Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans fraglich, gr. Curwatur über Handbreit unterhalb des Nabels, Thoraxumfang 85, Thoracallinie 20 cc, Lenhoff 82 cc, Connheim 21,5/17,5, epigastrischer Winkel spitz.

18. Robert H., 43 J., Uhrmacher, Ernährungszustand etwa reduciert, Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans, gr. Curwatur 1—2 Querfinger unterhalb der Nabelmarke, Thoraxumfang 81 cc, Thoracallinie 18 cc, Lenhoff 50, Connheim 18/15.

19. Hans N., 54 J., Schneider, kräftig gebaut, Tabes ohne Krisen, keine Costa, Thoraxumfang 96, Thoracallinie 21, Magentiefstand 4—5 Querfinger oberhalb des Nabels, Lenhoff 70, Connheim 21/21.

20. Franz N., 41 J., Kellner, robust, Tabes ohne Krisen, keine Costa, gr. Curwatur, 3 Querfinger oberhalb des Nabels, Thoraxumfang 100, Thoracallinie 19, Lenhoff 72, Connheim 20/20.

21. Käthi K., 31 J., schlank, asthenisch, Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans, gr. Curwatur 5 Querfinger unterhalb der Marke, Thoraxumfang 77, Thoracallinie 16, epigastrischer Winkel spitz, I. K. Räume weit, Lenhoff 100, Connheim 20/15, Aortenpulsation, ein Partus, Plätschern.

22. Ignatz Sch., 45 J., Postbeamter, gut genährter Pat., Tabes ohne Krisen, keine Costa, gr. Curwatur 2 Querfinger oberhalb des Nabels, Thoraxumfang 91, Thoracallinie 20, Lenhoff 70, Connheim 19/19.

23. Joseph S., 45 J., Arbeiter, gut genährt, Tabes ohne Krisen, keine Costa, gr. Curwatur 1 Querfinger oberhalb des Nabels, Thoraxumfang 96, Thoracallinie 21, Lenhoff 76, Connheim 16/16.

24. Joseph M., 43 J., gut genährt, Tabes ohne Krisen, keine Costa, gr. Curwatur 2 Querfinger oberhalb des Nabels, Thoraxumfang 90 cc, Thoracallinie 17, Lenhoff 91, Connheim 19/18.

25. Dyonis F., 49 J., kräftiger Zimmermann, Tabes ohne Krisen, keine Costa, gr. Curwatur 3—4 Querfinger oberhalb der Marke, Thoraxumfang 93, Thoracallinie 19 cc, Lenhoff 67, Connheim 18/19.

26. Johann S., 44 J., gut genährter Pat., Tabes ohne Krisen, Costa fluktuans fraglich, gr. Curwatur 1 Querfinger unterhalb der Nabelmarke, Thoraxumfang 90 cc, Thoracallinie 20, Lenhoff 96, Connheim 22/14, Plätschergeräusche.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. May für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas und Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. Hüttenbach für die radioskopischen Aufnahmen und die mir gewährte Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit ergebenst danken.

Literatur.

Charcot: Lecons sur les maladies du system nerveux.
Gharcot: Des Crises gastriques tabetiques avec Vomissement noir. Gaz. med. de Paris 1889. 39.
Fournier: Lecons sur la periode preataxique du Tabes d'origine syphilitque. Berlin 1885.
Vulpian: Maladies du system nerveux. Paris 1879.
Kollaritis: Bluterbrechen bei gastrischen Krisen, N. Zentralbl. 1909. S. 11.
v. Noorden: Zur Pathologie der Tabes, Charité-Annalen. 15. Jhrg.
Siding: Tabes dorsalis mit Hämatemesis. Wien. klin. Woch. 1909.
Eckert: Ueber die Intestinalerscheinungen der Tabes dorsalis Berlin 1885.
Ewald: Gastrische und intestinale Krisen, Zentralblatt für ges. Therapie. 1904. S. 505.
Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten.
v. Leyden: Gastrische Krisen und periodisches Erbrechen. Zeitschrift für klin. med. Berlin.
Lomnitz: Münchener med. Wochenschr. 1910. S. 44.
Lomnitz: Wien. klin. Wochenschr. 1908. S. 1029.
Kausch: Hysterie in der Chirurgie. Grenzg. d. med. und Chirurgie. 1907. Bd. 17.
Einhorn: Krankheiten des Magens.
Frl. Riegel: Krankheiten des Magens.
C. Connheim: Die Krankheiten des Verdauungskanals.
Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.
Elsner: Berl. klin. Wochenschr. 1901. N. 16 43.
Elsner: Berl. klin. Wochenschr. 1902. Nr. 22.
A. Kubig: Beiträge zur Asthenia universalis congenita, Inaug.-Diss. Leipzig 1911.
Stiller: Die asthenische Konstitutionskrankheit, Stuttgart 1907.
Stiller: Die nervösen Magenkrankheiten. Stuttgart 1884.
Stiller: Wien. med. Wochenschr. 1900.
Stiller: Berl. klin. Wochenschr. 1899, 1901, 1905, 1906.
Stiller: Deutsche med. Wochenschr. 1902.
Stiller; Archiv für Verdauungskrankheiten 2. und 7. Band.
Strauß: Ueber den Habitus asthenicus und seine klinische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschrift 1910.
Strauß: Berl. Klinik 131. H. 1899.
Strauß: Zeitschr. f. Klin. Medizin. Bd. 29 und 53.
Lenhoff: Berl. Kl. Wochenschr. 1909, Nr. 394.
Becher und Lenhoff: Deutsche med. Wochenschr. 1898.
Albu: Berl. Kl. Woch. 1905.
Exner: Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, 1911. Bd. III.
Eppinger und Heß: Die Vagotonie, Berlin 1910.
Zweig W. Sammlg. Zwang. Abt. 1911. Bd. 3. H. 4
P. Matthes: Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehung zum Nervensystem, Leipzig 1912.

Lebenslauf.

Ich, Samary (Schmerka) Golostschokow, wurde am 24. November 1888 in Welis geboren. Konfession mosaisch. Nach entsprechender Vorbildung besuchte ich zunächst die Realschule zu Welikije-Luki, woselbst ich im Juni 1907 das Reifezeugnis erlangte. Im selben Jahre machte ich das Examen über Latein im vollen Umfange eines Gymnasiums. Winter 1908 wurde ich zuerst in Königsberg immatrikuliert, besuchte dann Sommer 1910 die Universität Heidelberg und begab mich im Winter 1910 nach München, wo ich mein Studium vollendete.